

D^r TOUSSAINT-LÖRENZI

de la Faculté de Paris.



DES DIFFICULTÉS

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

ENTRE

L'ULCÈRE ROND

ET LE

CANCER DE L'ESTOMAC

PARIS

HENRI JOUVE, EDITEUR

15, rue Racine.

1895

111
232
225

LANE

MEDICAL



LIBRARY

LEVI COOPER LANE FUND

À M^r le D^r Halus
l'incognito de ma
vite reconnaissance
D^r Lorey

Paris, Université.
Thèse

D^r TOUSSAINT-LORENZI

de la Faculté de Paris.

DES DIFFICULTÉS
DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL
ENTRE
L'ULCÈRE ROND
ET LE
CANCER DE L'ESTOMAC

PARIS
HENRI JOUVE, EDITEUR
15, rue Racine

1895

L.O.



232
895
0.205

INTRODUCTION

A propos du diagnostic différentiel entre l'ulcère et le cancer de l'estomac, on trouve dans tous les traités classiques le tableau suivant :

Ulcère	Cancer
Se montre surtout dans l'adolescence	Age adulte et vieillesse
Affecte surtout particulièrement le sexe féminin	Dans les deux sexes
Douleurs aiguës	Douleurs sourdes
Appétit normal	Anorexie
Hématémèses rouges	Vomissements noirs
Parfois diarrhée	En général constipation
Pas de tumeur	Tumeur très apparente
Dilatation rare	Dilatation fréquente
Pas de phlegmatia alba dolens	Phlegmatia alba dolens
Cachexie peu caractéristique	Cachexie spéciale
Pas d'anémie spéciale	Anémie spéciale
Durée en général longue	Durée de 18 mois à 2 ans
Rémissions dans la marche	Evolution continue
Pas d'adénopathie à distance	Adénopathie à distance
Pas d'augmentation des leucocytes	Leucocytose
Valeur globulaire normale	Accroissement de la valeur globulaire

64804

Hyperchlorhydrie	Anachlorhydrie
Absence d'acide lactique	Présence d'acide lactique
Pas d'hypoazoturie	Hypoazoturie

Ainsi rien ne paraît plus facile que ce diagnostic.

Malheureusement parmi tous ces signes, il n'en est aucun franchement pathognomonique, qui affirme nettement, dans un cas donné, l'existence de l'une ou l'autre maladie. Les auteurs se bornent à énumérer un ensemble de caractères, dont la réunion plus ou moins complète chez un sujet fera plus ou moins pencher la balance d'un côté ou de l'autre. Or, il est nombre de cas, dans lesquels une partie de ces caractères font défaut, ou encore dans lesquels on observe le décevant mélange des symptômes propres à chacune des deux affections.

Aussitôt naissent les difficultés et les erreurs deviennent inévitables.

C'est du moins ce que nous essaierons de prouver dans ce modeste travail : et, pour cela, nous allons passer en revue chacun des symptômes que contient le tableau ci-dessus, et en démontrer l'insuffisance comme base du diagnostic différentiel entre le carcinome gastrique et la maladie de Cruveilhier.

Si l'on nous demandait notre but, notre réponse serait facile : nous voudrions mettre en garde le médecin contre des erreurs faciles à commettre et fatales aux malades, s'il ne se souvenait que tous les symptômes classiques n'ont qu'une valeur relative et toute d'interprétation.

Mais avant d'entreprendre notre étude, qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres dans les hôpitaux, et en particulier M. le docteur Duguet, dont nous avons été l'élève deux années consécutives et à qui

nous devons le meilleur de notre instruction médicale.

M. le professeur Berger nous a initié, à l'hôpital Lariboisière, à la pratique de la chirurgie; qu'il reçoive l'expression de notre inaltérable reconnaissance.

Le regretté docteur Quinquaud a éclairé dans notre esprit le diagnostic si délicat des maladies de la peau, et nous n'oublierons pas d'apporter à sa mémoire l'hommage respectueux de notre bien vif souvenir.

Nous sommes heureux de saisir l'occasion qui s'offre à nous de témoigner en ce jour notre profonde gratitude à M. le docteur Hirtz, médecin de l'hôpital Tenon, pour les soins dévoués qu'il nous a prodigués pendant notre grave maladie de l'an dernier, pour la bonté et la bienveillance qu'il n'a jamais cessé de nous manifester.

M. le docteur Mathieu a gracieusement mis à notre disposition les trois observations inédites qui se trouvent dans notre thèse, et, par les conseils qu'il nous a donnés, a singulièrement facilité notre tâche. Nous l'en remercions très vivement.

Enfin, que M. le professeur Straus daigne agréer notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Dans le tableau que nous avons donné plus haut se trouvent des symptômes cliniques et des symptômes chimiques : nous les étudierons donc en deux chapitres différents. De plus, notre travail comprendra un troisième chapitre à propos de la superposition ou de la substitution du cancer de l'estomac à l'ulcère rond.

CHAPITRE I.

Symptômes cliniques

AGE

Cancer. — On disait autrefois que le carcinome gastrique était l'apanage de l'âge avancé et que toute affection de l'estomac, ayant débuté avant quarante ans, ne pouvait être un cancer. En réalité il faut revenir sur cette opinion beaucoup trop absolue : le cancer précoce, n'est pas une rareté pathologique ; il est assez fréquent pour que l'on doive y songer chez tout individu présentant des troubles gastriques graves, quel que soit son âge.

M. le docteur Marc Mathieu a réuni, dans sa thèse qu'il a soutenue en 1884 devant la Faculté de Lyon, 27 observations de cancer précoce de l'estomac, dont trois inédites et les autres empruntées à la bibliographie médicale. Sur ce nombre, 9 sujets étaient âgés de 30 à 33 ans, 15 avaient de 20 à 30 ans, et 3 seulement avaient moins de 20 ans. — A la deuxième série (celle des cancéreux âgés de moins de 30 ans), nous ajouterons 2 cas de Dittrich (Prager Vierteljahrschrift, 1846), un de Mollière, de Lyon, chez une femme de 29 ans (*Lyon médical*, 1888), et celui de Clavelin chez un jeune soldat de 21 ans (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1890). De plus, voici un extrait d'une autre observation de Dittrich : « Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, très amaigrie, qui présente au pylore une tumeur squirrhreuse, dure, grisâtre et mamelonnée, accompagnée

d'un rétrécissement considérable de l'orifice ». Enfin M. le professeur Landouzy a dit, dans l'une de ses savantes cliniques: « L'âge n'est pas un signe suffisant pour le diagnostic du cancer stomacal: je pourrais vous citer certain garçon de 25 ans, qui, quelques mois après une chute dans les fossés des fortifications, était pris de troubles gastriques avec vomissements incoercibles pour lesquels on l'amenait à l'hôpital, où il succombait au bout de quelques jours à un cancer du pylore ».

Ulcère. — Son maximum de fréquence semble être à l'âge adulte; mais on le rencontre à tout âge. Voici d'ailleurs un tableau qui résulte de la répartition de 338 cas d'ulcères observés par Iacksh et Brinton:

De 1 à 10 ans	3 cas
10 à 20	24
20 à 30	61
30 à 40	57
40 à 50	58
50 à 60	49
60 à 70	56
70 à 80	20
80 à 90	10

L'ulcère rond ne se trouve donc pas exclusivement chez les jeunes sujets, et M. Landouzy ajoutait avec raison: « D'autre part je pourrais vous citer aussi l'observation d'un vieillard de 63 ans, absolument cachectisé, avec vomissements, hématomèses, etc., que nous avons pris pour un cancéreux et qui succombait à un ulcère de l'estomac, situé au niveau des artères épiploïques, lequel avait évolué jusque-là silencieusement ». Il y a des ulcères des

vieux, comme il existe des cancers des *jeunes* : ils ne sont même pas rares, surtout dans certains pays. Consultons, par exemple, les statistiques allemandes, nous y voyons que l'ulcère rond est assez souvent une maladie de la vieillesse : question de régime sans doute.

Ainsi l'âge peut être un guide infidèle, et nous ne devons point trop compter sur les indications qu'il nous fournira.

SEXE

L'influence du sexe est très discutée, car les statistiques se suivent et ne se ressemblent pas. Pour qu'elles puissent avoir une valeur réelle, il faudrait les faire porter sur des milliers de cas avec autopsie; en effet, les petites statistiques privées ne prouvent qu'une chose, c'est que celui qui les produit a vu plus de cas chez les femmes que chez les hommes ou réciproquement, mais elles ne peuvent nullement entraîner une conclusion générale.

Cancer. — Barras, très partial on ne sait trop pourquoi, refusait à la femme le carcinome de l'estomac pour en faire l'apanage exclusif de l'homme. — Valleix, sur 33 cas, a 20 hommes et 13 femmes; Brinton, sur 784 sujets, a 440 hommes et 344 femmes. Sur environ 250 observations de Dittrich et autant de Willigk, on trouve une proportion de 3 cancers chez l'homme pour 4 chez la femme : les hôpitaux où ces observations ont été prises, dit Brinton, reçoivent sans doute plus de femmes que d'hommes. Marc d'Epine et Lebert en ont trouvé également un plus grand nombre chez la femme.

En présence de cette variété de faits, que conclure, si ce n'est que l'influence du sexe nous semble à peu près nulle dans l'affection en question.

Ulcère. — Nous allons consulter les ouvrages de Lebert et de Rokitansky qui se sont spécialement occupés de ce sujet ; voici leurs statistiques : le premier, sur 46 cas, trouve 24 hommes et 22 femmes, et le second, sur 79 malades, a 33 hommes et 46 femmes. — Par conséquent, si l'ulcère rond de l'estomac est plus fréquent chez la femme, comme l'ont écrit certains auteurs, l'homme n'en est pas pour cela privé, il s'en faut. D'ailleurs, l'influence du sexe féminin, d'après ses partisans eux-mêmes, ne se ferait sentir que tant que la femme est réglée ; avant la puberté et après la ménopause, elle n'existerait nullement.

DOULEUR

En général, la douleur est un symptôme difficile à apprécier et très infidèle à cause de son caractère essentiellement subjectif. Aussi ne pouvons-nous, pour notre compte, donner à la douleur la valeur diagnostique que certains praticiens ont voulu lui accorder.

Cancer. — Cruveilhier, dans le but de différencier l'ulcère et le cancer, avait prétendu que « dans le cancer il n'existait pas de douleurs proprement dites siégeant dans les nerfs, mais seulement des souffrances produites par des contractions musculaires, analogues à celles de l'utérus durant l'accouchement, et dépendant des efforts de l'organe pour

vaincre l'obstacle opposé par une tumeur au passage des aliments qui le surchargeaient ».

Trousseau n'eut pas de peine à démontrer qu'il n'en était pas toujours ainsi (Cliniques). Si dans le carcinome de l'estomac, la douleur peut être « une douleur sourde » et se borner à une simple sensation de pesanteur épigastrique, elle peut aussi revêtir un caractère d'acuité extrême.

« Dans quelques cas, la douleur spontanée du cancer acquiert une violence inouïe, et les moments de répit sont encore plus rares et plus courts que dans les cas d'ulcère. J'ai vu un exemple de cette douleur excessive ; il s'agissait d'un cancer végétant de la paroi postérieure ». (Bouveret, des maladies de l'estomac).

Brinton attribue l'intensité de la douleur à l'envahissement par le néoplasme de quelques filets du nerf pneumogastrique.

Andral fait remarquer que la douleur est plus vive chez les jeunes sujets, ce qu'il explique par la plus grande impressionnabilité du système nerveux à cette période de la vie.

De plus la douleur des cancéreux peut s'exaspérer par l'ingestion des aliments, s'accompagner de vomissements, et, par suite, simuler la douleur de l'ulcère, d'autant mieux que l'on peut constater quelquefois une douleur en broche, c'est-à-dire avec points épigastrique et dorsal se correspondant.

« Dans quelques cas de néoplasmes à ulcération rapide, la douleur peut rappeler celle de l'ulcère simple, augmenter après les repas, se localiser à l'épigastre et retentir dans le dos. » (Bouveret).

Il nous a semblé nécessaire de donner quelques observations à l'appui de ce qui précède.

Observation Hanot. — Cancer de l'estomac simulant l'ulcère simple ; mort par hémorrhagie foudroyante (Archives générales de médecine 1884). Résumée.

« Nous avons devant nous une femme âgée de 42 ans, qui avait eu, pendant plusieurs mois, des hématomèses abondantes qui l'avaient plongée dans une véritable cachexie anémique. Ces hématomèses coïncidaient avec des crises gastralgiques très violentes accompagnées du point dorsal de Cruveilhier... Les hématomèses avaient reparu, et comme il était impossible de trouver dans la région stomacale, le moindre indice de tuméfaction, voir même de rénitence, en présence de ces symptômes nous n'avons pas cru devoir hésiter et nous avons admis l'existence d'un ulcère rond de l'estomac. »

Observation Lépine. — Carcinome de l'estomac.

Homme de 61 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'alcoolisme. — A l'âge de 20 ans, apparition de vomissements glaireux non liés à l'alimentation et survenant à n'importe quelle heure de la journée ou de la nuit. Ces vomissements n'étaient pas accompagnés de malaise. — Depuis cette époque, retour incessant d'accidents semblables avec intervalles d'un mois ou deux. — A l'âge de 45 ans, apparition des vomissements alimentaires et de plusieurs hématomèses. Depuis cette époque, digestions difficiles. Le lait est bien toléré, mais les aliments sont rejetés. Vomissements survenant au moins tous les deux jours. Constipation opiniâtre. Un an avant l'entrée à l'hôpital, c'est-à-dire à 60 ans, début de la perte des forces, de l'amaigrissement. Coloration jaune de la peau. Douleur épigastrique avec irradiation

dorsale. Pas d'anorexie. Pas même de dégoût pour la viande. Cessation momentanée des vomissements, une fois pendant un mois. Faiblesse extrême. Mort.

Autopsie. — Cancer du pylôre.

Par contre la douleur peut manquer.

Le Dr Hamon écrit dans la *Gazette des hôpitaux* de 1860 à propos d'un cancer de l'estomac :

« Comment la pensée même de soupçonner la véritable nature de la maladie eût-elle pu se présenter à mon esprit, alors qu'aucun cri de souffrance propre n'était poussé durant le cours presque tout entier de la maladie », et dans l'édition de Bayle du *Traité de pathologie interne* de Frank, nous lisons : « La maladie qui nous occupe, est peut-être une de celles qui soient susceptibles de donner lieu aux plus grands mécomptes, aux plus décevantes méprises. Saurait-on s'en étonner quand il est reconnu, que l'on rencontre parfois ces affections sur le cadavre de sujets, qui durant leur vie n'en avaient offert aucun symptôme, et que leur existence latente a souvent induit les médecins en erreur, en leur faisant déclarer la présence de maladies diverses qui n'existaient point. »

Comme, d'une part, la douleur peut ne pas exister et que, d'autre part, elle ne se présente pas dans le carcinome gastrique avec des caractères qui lui soient propres, on conçoit qu'il est impossible d'en faire un élément sérieux de diagnostic, et le regretté Dr Dujardin-Beaumetz, a pu dire qu'il n'y avait pas de plus mauvais signe de l'affection cancéreuse.

Ulcère. — La douleur de l'ulcère rond a été décrite surtout par Cruveilhier et, après lui, par Brinton. Voici ce que dit Cruveilhier : « C'est d'abord

un malaise, une douleur à l'épigastre ; puis arrive un moment où au malaise épigastrique, commun à toutes les dyspepsies, se joignent des crises de douleur qui ont un caractère particulier. Ce caractère, c'est la circonscription de la douleur à une petite région, celle de l'appendice xiphoïde ; c'est le genre de douleur qui est tantôt une sensation de brûlure, tantôt celle d'une plaie vive ou bien d'un pincement, d'un animal qui ronge ou qui mord, celle de coups de canif qui se succèdent (quelques malades m'ont parlé d'une sensation de vésicatoire intérieur). Cette douleur, qu'on peut appeler point épigastrique ou point xiphoïdien, s'accompagne d'un point rachidien aussi nettement circonscrit. Ces deux points douloureux, qui augmentent considérablement par la pression, prédominent alternativement l'un sur l'autre ; il semble quelquefois au malade que la douleur traverse comme un poignard la région épigastrique d'avant en arrière. »

Je résume ainsi la description de Brinton : la douleur présente un caractère particulier : il est rare si cela a jamais lieu, que la douleur soit lancinante ou piquante ; c'est, d'abord, une sensation sourde, continue, de pesanteur ou de constriction épigastrique qui se transforme peu à peu en douleur brûlante, rongeante.

Cruveilhier et Brinton en disant, l'un, que la douleur de l'ulcère rond est « celle de coups de canifs qui se succèdent », et l'autre « qu'il est rare, si cela a jamais lieu, que la douleur soit lancinante ou piquante », ne sont donc pas d'accord. Les deux, il est vrai, parlent de « sensation de brûlure, de douleur qui ronge ». Mais, d'après M. Bernheim, de Nancy,

l'idée d'une douleur rongeante est venue au médecin parce qu'il s'agit d'un ulcère qui ronge, et alors il l'a suggérée à son malade. Lui-même, d'ailleurs, est parvenu à opérer cette suggestion chez plusieurs individus qui avaient eu des selles sanguinolentes à la suite d'hémorroïdes, et qui ne s'en plaignaient pas moins à l'épigastre et dans le dos au niveau des zones suggestionnées. Ces faits ont entraîné chez lui le doute quant à la valeur réelle de la douleur « caractéristique » de l'ulcère rond, et il s'écrie : « Ne suis-je pas autorisé à me demander jusqu'à quel point, l'imagination du médecin ou du malade n'est pas pour quelque chose dans la spécification et la localisation si précise de cette douleur rongeante ou brûlante. Cet exemple ne serait pas le seul des erreurs médicales entretenues à la faveur d'une suggestion inconsciente. » Quoi qu'il en soit de la théorie paradoxale du professeur de Nancy, ses remarques sur les contradictions qui existent dans les écrits de Cruveilhier et de Brinton n'en sont pas moins justes.

En outre, il est bon de remarquer que la douleur de l'ulcère simple ne s'observe pas seulement à la suite de l'ingestion des aliments ; parfois elle devient extrêmement intense 4 ou 5 heures après les repas : c'est qu'en effet, elle n'a pas toujours la même origine. Jadis, on attribuait constamment la douleur des « ulcéreux » à l'ulcération ; de nos jours on donne différentes causes aux souffrances que l'on constate dans l'affection qui nous occupe. Notre maître, M. le Dr A. Mathieu, distingue :

A La douleur par le contact alimentaire.

B la douleur supprimée par l'alcalinisation.	{ a douleur d'hyperchlorhydrie. b douleur d'ulcération.
C la douleur non supprimée par l'alcalinisation et due à l'ulcération.	{ a Lésion des filets nerveux. b Lésion du péritoine. c Lésion du pancréas.

M. le professeur Bouveret écrit dans son livre :

« Beaucoup de malades ont une recrudescence très marquée de la douleur 3 ou 4 heures après les repas. Cette souffrance plus tardive est propre à l'hyperchlorhydrie qui accompagne si souvent l'ulcère ; elle est parfois plus intense au milieu de la nuit que pendant la journée. »

Nous avons vu que cette douleur, due à l'hyperchlorhydrie, cédait à la médication alcaline (magnésie ou bicarbonate de soude). A ce propos, voici l'opinion de M. Reichmann (*Gazetta lekarska* 1894), rapportée dans la Semaine médicale de 1895 : « Le bicarbonate de soude agit sur le suc gastrique : il le neutralise et l'alcalinise, et avec lui, tout le contenu stomacal. Cette action neutralisante ou même alcalinisante, qui peut être maintenue, ainsi qu'il résulte des recherches de l'auteur, jusqu'à l'évacuation du contenu stomacal, a une grande valeur thérapeutique : elle permet de combattre certains symptômes très pénibles et même de guérir radicalement certaines maladies de l'estomac. »

Enfin la douleur de l'ulcère rond, pathognomonique pour Cruveillier, n'est pas constante. Elle peut être si faible, si obscure, qu'on ne peut y attacher de valeur : c'est ce qui a lieu dans la forme latente.

Dans ce cas, aucun médecin ne penserait à l'ulcère simple en ne tenant compte que de la douleur. — Elle a même fait complètement défaut quelquefois : Brinton a noté son absence plusieurs fois ; Trousseau en cite deux observations, dont l'une lui est propre, et l'autre empruntée à M. le Docteur Gubian (*Gazette médicale de Lyon*, 1856) ; M. Potain (*Bulletins de la Société médicale d'Observation de Paris*, 1860) rapporte l'histoire d'une femme de 74 ans qui n'eut jamais aucune douleur. En outre, voir dans la thèse de Gilbert (1887) : 1° deux observations personnelles ; 2° l'observation Thibault, où la douleur du creux épigastrique ne s'irradie nullement dans le dos. D'ailleurs, il y a un nombre considérable d'observations d'ulcères simples de l'estomac, qui ont donné lieu à une mort subite sans s'être révélés pendant la vie.

En résumé, la douleur de l'ulcère rond n'est point aussi caractéristique qu'on a bien voulu le dire : elle apparaît à des moments divers, elle dépend de causes différentes, et ces caractères ne sont rien moins qu'invariables, puisque des praticiens éminents ne sont pas d'accord à ce sujet.

Anorexie

On a donné l'anorexie comme un symptôme très important du carcinome stomacal : sans doute, c'est là un signe doué de quelque valeur ; mais il est insuffisant en ce sens d'abord qu'il fait parfois défaut comme dans le cancer latent où les troubles digestifs sont si peu accusés qu'ils n'attirent pas l'attention, en ce sens aussi qu'on peut le rencontrer en

dehors de toute affection cancéreuse de l'estomac, par exemple dans l'ulcère simple.

Cancer. — Sur 30 cas, Lebert a vu l'appétit conservé 4 fois; d'après Brinton l'anorexie existe environ 80 fois sur 100 seulement. Aussi, M. le professeur Landouzy s'est montré trop absolu lorsqu'il disait, dans une de ses cliniques, que l'idée de cancer gastrique est irréconcilable avec la conservation de l'appétit.

D'ailleurs, voici ce que dit M. le Docteur Hanot à ce sujet : « L'anorexie n'existe pas constamment dans le carcinome de l'estomac ; et, la prendre comme symptôme pathognomonique de cette affection, c'est commettre la même erreur que de prendre pour signes *sine quibus non* de la fièvre typhoïde, les taches rosées lenticulaires, qui, on le sait, ne sont pas constantes. L'anorexie peut, en effet, faire défaut dans le cancer, être même remplacée par des manifestations diamétralement opposées; elle peut aussi s'observer au même degré dans d'autres affections. J'ai vu, par exemple, un vieillard de 72 ans, sobre jusque-là, se mettre à dévorer avidement.

Dès qu'il avait terminé son repas, il se sentait pris de fringale. L'examen du suc digestif démontra la présence abondante de l'acide chlorhydrique. — Un autre malade de 52 ans, porteur d'une tumeur cancéreuse du grand cul-de-sac de l'estomac, avait maigri, perdu ses forces, mais, par contre, avait conservé tout son appétit (*Bulletin médical*, 1893).

On a voulu caractériser l'anorexie des cancéreux, en disant qu'ils avaient surtout du dégoût pour les éléments azotés et pour la viande en particulier. Or, M. Rendu a écrit quelque part : « Le dégoût de la viande n'est pas un signe pathognomonique du can-

cer de l'estomac, car, en ce moment même où, dans ma salle d'hommes, j'ai deux sujets atteints de cette maladie, l'un de ceux-ci seulement éprouve cette anorexie, tandis que l'autre a conservé un bon appétit et mange indifféremment de la viande ou tout autre aliment. Cette anorexie n'est donc, en réalité, qu'un signe de présomption et non de certitude du carcinome stomacal. »

D'ailleurs, de très nombreuses observations viennent confirmer ces opinions : nous allons en rapporter quelques-unes.

Observation Arnozan (avec autopsie). Bull. de la Société anatomique 1879. — Marie N..., âgée de 64 ans, est morte à l'hôpital de la Charité, le 17 mai 1879. Elle y était entrée 15 jours auparavant, présentant la teinte jaune paille, la maigreur excessive et la débilité qui caractérisent la cachexie cancéreuse. Au voisinage de l'ombilic, elle porte à ce moment une tumeur dure, indolore, mobile dans tous les sens, tantôt assez superficielle pour faire une saillie appréciable à la simple inspection, tantôt cachée pour ainsi dire dans l'abdomen, où il faut la chercher par une palpation profonde, et occupant, suivant le moment de l'exploration, le côté droit ou le côté gauche de l'ombilic. Outre cette tumeur, on constate les signes de dilatation notable de l'estomac : sonorité exagérée dans toute la partie supérieure de l'abdomen, bruit de glouglou déterminé par la suc-cusion. Malgré l'importance des lésions gastriques, la malade présente peu de troubles des fonctions digestives ; elle n'a pas perdu l'appétit et demande à plusieurs reprises du vin et des aliments légers ; elle ne vomit point et n'a jamais eu d'hématémèse.

L'anémie profonde dont elle est atteinte à son entrée, progresse rapidement et s'accompagne bientôt d'un affaiblissement intellectuel de plus en plus prononcé. La malade s'éteint doucement, sans souffrir et sans présenter les complications ultimes habituelles du cancer, telles que la *phlegmatia alba dolens*... A l'autopsie, on trouve un rétrécissement du pylore constitué par un véritable éliui cancéreux qui s'arrête nettement d'une part à l'origine du duodénum, d'autre part à 8 centimètres de ce point, formant, dans la cavité stomacale, un bourrelet saillant bien accusé. Donc l'appétit est conservé malgré la tumeur et la cachexie ; de plus il n'y a jamais eu de vomissements.

Un malade de M. Dujardin-Beaumetz fit, pendant trois mois, passer par son estomac les aliments les plus indigestes (en particulier des salades aux œufs durs) sans éprouver un seul vomissement.

Dans quatre observations de Monsieur Marc Mathieu (*in loco cit.*), l'appétit s'est également maintenu jusqu'à la période ultime ; dans l'une, il s'agit d'un soldat que l'on croyait atteint de ver solitaire et qui fut poursuivi, jusqu'à sa mort, par une faim canine.

Voici encore 3 observations de M. Lépine, en plus de celle que nous avons relatée plus haut et qu'il sera bon de relire. (*Revue de médecine*, 1891, p. 885).

Observation II Lépine. — Homme de 52 ans. Pas d'alcoolisme. — Depuis 3 ans, à la suite de chagrins et de fatigues, digestions pénibles, pyrosis ; appétit conservé.

Constipation. — Depuis 1 an, vertiges survenant quelques heures après les repas.

Depuis un mois, renvois acidés plus fréquents. Dans la journée, flatulence ne disparaissant qu'après les vomissements qui surviennent tous les soirs. — Peut-être hématomèse et melœna (le malade a constaté des matières noires dans les selles). Pâleur très grande. Appétit conservé ; pas de dégoût pour la viande.

Autopsie : Carcinome du pylore.

Observation III Lépine. — Homme de 55 ans. Santé antérieure parfaite. Excellent appétit ; digestions très bonnes. Au mois de mai 1884, apparition de crampes ; douleurs à forme gastralgique survenant surtout le matin, et calmées par l'ingestion des aliments. Pas d'anorexie. Digestions toujours bonnes.

Cet état persiste pendant 18 mois sans aggravation. — Janvier 1886 : douleurs moins vives, mais les digestions deviennent lentes et s'accompagnent d'une sensation de pesanteur épigastrique. — Février 1886 : au milieu de son travail, le malade est subitement frappé d'une paralysie du membre inférieur gauche, qui ne dura que quelques heures. Huit jours après, même accident, également fugace, au bras gauche. — Mars 1886 : apparition de vomissements muqueux, bilieux, alimentaires. Tumeur épigastrique ; conservation de l'appétit. — Avril 1886 : le malade entre à l'hôpital. Appétit toujours assez bon.

L'ingestion d'aliments provoque au creux épigastrique une douleur vive qui est calmée par la position assise. Digestions assez bonnes. Le lait est très mal toléré. Constipation. Amaigrissement et perte des forces.

Autopsie : carcinome de l'estomac en cuirasse ; propagation directe au foie.

Observation IV (Lépine). — Homme de 58 ans ; ancien alcoolique. Faiblesse depuis quelques semaines, devenue extrême depuis 8 jours ; pas de douleurs, pas de vomissements ; un peu d'œdème malléolaire. Conservation de l'appétit.

Autopsie : carcinome de la petite courbure.

Enfin nous terminerons cette série d'observations par les suivantes qui sont : la première de M. Landouzy et la seconde de M. Arnaud.

1° Observation résumée : cancer squirreux du pylore avec conservation de l'appétit.

Pas de cachexie (*Bulletin de la Société anatomique 1883*).

2° Résumée. Les vomissements sont fréquents ; ils se produisent très peu de temps après l'ingestion des aliments et sont suivis d'un soulagement très marqué.

Les matières vomies sont alimentaires, très rarement glaireuses ; jamais d'hématémèse. Appétit conservé. (*Marseille médical 1889*).

Ainsi dans le cancer de l'estomac, un certain nombre de malades conservent l'intégrité de leur appétit jusqu'aux derniers jours qui précèdent leur mort.

Ulcère. — L'appétit est très fréquemment diminué chez ceux qui sont atteints de cette affection, et leur anorexie n'est pas toujours la conséquence des vomissements et de la douleur, comme on l'a prétendu. En effet, on a observé chez ces malades du dégoût pour certains aliments, et notamment pour la viande, comme chez les cancéreux. On peut s'en

rendre compte par les deux observations qui suivent : elles sont très-résumées.

Observation Thibault (thèse Gilbert). — Ulcère rond. Anorexie et dégoût absolu pour la viande.

Observation Chalot (Montpellier médical 1875). — Villechange Michel, âgé de 23 ans, est traité pour un ulcère stomacal dans le service de M. le professeur Combal. Diarrhée ; deux selles mélaniques dans la nuit. Anorexie absolue ; soif vive.

Vomissements

Cancer. — Nous allons nous occuper des vomissements alimentaires tout d'abord, et des vomissements de sang ensuite.

Vomissements alimentaires. — On a dit qu'ils avaient pour caractéristique d'être *rare*s et *abondants* ; il s'en faut de beaucoup qu'il en soit toujours ainsi : leur fréquence et leur quantité varient beaucoup, et il est absolument impossible d'en tirer une indication utile. D'ailleurs le tableau suivant explique cette variabilité :

Vomissements alimentaires dans le carcinome gastrique (A. Mathieu).

A. — Vomissements immédiats après l'ingestion des aliments.

B. — Vomissements par indigestion.

C. — Vomissements par dilatation ou lésion du pylore.

Comme les premiers sont les moins ordinaires cependant, nous allons en rapporter des exemples :

1° *Observation Arnaud*, déjà relatée.

2° *Observation Debove*, (Praticien 1883). — Les vomissements alimentaires se produisaient cinq minutes après les repas et déterminaient le rejet total des aliments ingérés, tant liquides que solides.

De plus, nous lisons dans le livre de M. Bouveret : « Dans quelques cas de cancer gastrique, les vomissements prennent une fréquence tout à fait insolite ; l'estomac devient absolument intolérant. »

Ces vomissements alimentaires peuvent manquer, comme nous l'avons déjà vu dans une observation de M. le professeur Lépine.

Dans un cas de M. le docteur Jacquet (Bull. de la Société anatomique 1886), la malade, atteinte d'anasarque, n'eut jamais de vomissements ; à l'autopsie, on trouva une infiltration des deux tiers de la muqueuse.

Il en est de même dans l'Observation Millard, que nous donnons plus loin.

Vomissements de sang. — On a attribué au carcinome gastrique le vomissement noir, peu abondant, comparable au marc de café ou à la suie délayée, par opposition au vomissement de sang rouge, abondant, de l'ulcère simple. Valleix et Lorrain regardaient l'hématémèse ainsi caractérisée comme le signe le plus remarquable et le plus constant, et Grisolle en faisait un signe « à peu près certain. » A ce sujet, il faut, comme Béhier, Leube et Dujardin-Beaumetz, pour qui le vomissement noir n'était rien moins que caractéristique du cancer stomacal, formuler des réserves.

1° Le vomissement noir peut manquer.

Brinton donne la proportion de 42 0/0 ; Lebert

l'a vu manquer 6 fois sur 42 cas, et Deschamps ne l'a observé que 10 fois sur 35. — Nous ne donnerons pas d'observations pour montrer qu'il existe : cela est surabondamment prouvé. Mais nous avons réuni quelques observations démontrant qu'il peut faire défaut.

Observation Millard (Bull. Société anatomique 1878). — Résumée.

François G., 57 ans, entré à l'hôpital Beaujon le 4 mai 1878, service de M. Millard. Anorexie depuis un mois ; pas de vomissements d'aucune sorte, pas de troubles digestifs, membres inférieurs légèrement œdématisés. Le 23, on constate la présence d'une pleurésie avec épanchement. Les articulations du genou et des coudes sont douloureuses ; fièvre, frissons ; mort. — Le 26, autopsie. Cancer de la petite courbure de l'estomac, étendu depuis le cardia jusqu'à la partie moyenne du bord supérieur de l'organe.

Observation Talamon. — Nous la mentionnons seulement, car nous en reparlerons.

Observation Monod (Bull. de la Société anatomique, 1877). — Résumée.

Antoinette C., 66 ans, entre le 7 février 1877 dans le service de M. Panas. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Malade depuis six mois ; diminution de l'appétit, cachexie, peu de troubles digestifs. Jamais de vomissements.

Autopsie. — Masse cancéreuse reliant ensemble l'estomac, le foie et le colon transverse.

Andral donne diverses observations analogues et ajoute que le vomissement de sang peut donc très bien ne pas exister dans le carcinome stomacal.

Il n'en existe pas non plus dans l'observation suivante, empruntée à la thèse de Loiseaux (1875) et résumée.

Descourtilliers, 85 ans, soignée à la Salpêtrière, dans le service de M. Vulpian, pour un cancer de l'estomac. Entrée le 28 janvier 1865, elle est morte le 24 février ; pas d'hématémèse. Autopsie : on trouve le grand cul-de-sac stomacal occupé par une tumeur assez considérable qui part du cardia et envahit le pancréas.

Observation Huchard (Bull. médical, 1892). — Cancer sans aucun trouble gastrique.

2° Si le vomissement noir n'est pas un signe pathognomonique du carcinome de l'estomac, le vomissement de sang rouge n'en est pas un non plus pour l'ulcère rond, car on le constate assez souvent dans la première de ces affections, comme on peut s'en rendre compte par les observations qui suivent.

Observation Hamon (Gazette des Hôpitaux, 1860). — Résumée.

Dans la nuit du 2 au 3 septembre 1859, je fus appelé dans la commune de Sougé pour y donner des soins au nommé D., atteint de gastrorragie très-abondante. A mon arrivée, ce malade avait déjà rendu plusieurs litres d'un sang vermeil, vraisemblablement de provenance artérielle.... J'avais affaire à un cancer de l'estomac.

Valleix (le médecin praticien), sur 26 cas de carcinomes gastriques, rapporte deux cas à peu près analogues ; le sang vomi était là aussi rutilant.

En général, les vomissements de sang rouge s'observent dans les cas, assez nombreux du reste,

où la lésion cancéreuse est localisée à la région du cardia.

3° Maintenant nous ferons remarquer que les vomissements de sang ne sont point toujours, comme on le dit, peu abondants. Nous voyons dans le cas du Docteur Hamon que le malade a rendu plusieurs litres de sang. Trousseau relate (*Clinique européenne*, n° 1, 1859) un cas remarquable où la scène pathologique fut ouverte par un vomissement de sang très abondant.

Observation Josias et Dérignac (*Bull. de la Société anatomique*, 1883). — Rousselot, 52 ans, traité à l'hôpital de la Charité, a maigri beaucoup et a des hématomèses considérables depuis cinq jours.

Observation Debove (*Société médicale des hôpitaux*, novembre 1889). — Un jeune homme, au cours d'une bonne santé, avait été subitement pris d'hématémèses abondantes, et, à la suite, de symptômes anémiques ; le diagnostic d'ulcère fut porté dans deux services où il séjourna. Il mourut après avoir présenté de l'ascite dans les derniers temps ; à l'autopsie on trouva un cancer en nappe de la petite courbure ; il était ulcéré sur un point.

Observation Bouveret (in loc. cit.) — Notre malade eut deux abondantes gastrorragies ; la première le jeta dans un état d'anémie profonde dont il ne put se relever ; la seconde le tua en quelques secondes. — L'estomac contenait un énorme caillot de plus de 500 grammes : l'ulcération d'un cancer de la petite courbure avait ouvert l'artère coronaire.

M. le Dr Hanot a publié un fait analogue (*Arch. génér. de médecine*, 1884).

Enfin l'on trouvera deux observations de M. le Dr Tapret, dans l'Union médicale de 1891.

La plupart des cas de ce genre sont pris pour des ulcères.

Ulcère. — Vomissements alimentaires. — Ils ont lieu immédiatement après le repas ou quand la digestion est commencée depuis longtemps ; quant à leur fréquence, comme dans le cancer, rien de fixe : tantôt ils auront lieu après chaque repas, tantôt ils seront espacés de plusieurs jours et même de plusieurs semaines. D'ailleurs, d'après l'enseignement de notre maître, M. le Dr A. Mathieu, ces vomissements peuvent se diviser comme il suit :

A. — Vomissements immédiats par hyperesthésie gastrique ;

B. — Vomissements par hyperchlorhydrie ;

C. — Vomissements par lésion pylorique.

Inutile d'insister davantage, et passons aux vomissements de sang qui sont les plus importants.

Vomissement de sang. — Ils varient beaucoup en quantité et ne sont pas toujours abondants, comme on l'a dit : ce ne sont parfois que quelques flocons bruns, noirâtres, mêlés aux glaires ou aux aliments. — La couleur et l'aspect du sang est variable ; tantôt c'est comme du marc de café, comme du chocolat, comme de la suie délayée dans de l'eau, tantôt c'est du sang pur et liquide.

Nous ne donnerons pas d'observations pour prouver qu'il existe dans l'ulcère des vomissements rutilants : nous serions embarrassé par le choix. Il en est à peu près de même pour les cas de vomissements noirs : pourtant en voici quelques-uns.

Observation Laveran (Archives de physiologie, 1876). — S..., 37 ans, entré au Val-de-Grâce le 26 décembre 1875. Au mois d'octobre, il a été pris de vomissements chocolat (matières alimentaires) ; pas d'état cachectique ; pas de tumeur ; on diagnostique un ulcère de l'estomac. A partir de ce moment, alternativement vomissements noirs, bilieux et alimentaires ; le malade se cachectise. Teinte jaune-paille ; mort. — Autopsie : sur l'estomac, au-dessus de l'orifice pylorique, ulcération de 8 centimètres de large sur 5 de haut.

Dans « le *Diagnostic du cancer* » de Rommelacre, on trouve diverses observations d'ulcères pris pour des cancers, précisément à cause de l'existence simultanée de vomissements noirs et de signes d'empatement et d'induration.

Observation Trousseau. (Clinique de l'Hôtel-Dieu, 1882). Résumée. — Un malade, couché au n° 17 de la salle Sainte-Agnès, avait eu des garde-robes et des vomissements noirs ; ces hémorragies se renouvelèrent à d'assez courts intervalles, et enfin il succomba à l'une d'elles, où il perdit plusieurs litres de sang.

Autopsie. — Estomac rempli de sang ; à 2 ou 3 centimètres de l'orifice pylorique existait une surface déprimée, limitée par un bourrelet assez saillant et large comme une pièce de deux francs.

Observation Rousseau (Bull. de la Société anatomique, 1856). Résumée. — Cette malade sur laquelle on avait diagnostiqué un cancer de l'estomac, avait eu à différentes reprises des vomissements couleur chocolat ; elle mangeait deux portions d'ali-

ments, lorsqu'elle fut prise d'une péritonite rapidement mortelle. A l'autopsie, on constata une péritonite dont le point de départ était une perforation au niveau du pylore. L'ulcération, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, paraît ancienne, indurée ; et sur les bords on voit des traces de cicatrices. Autour d'elle, on voit plusieurs ulcérations plus petites, dont quelques-unes paraissent en voie de cicatrisation. L'orifice pylorique était rétréci.

La gastrorragie est certainement un phénomène d'une très grande valeur dans l'ulcère simple ; cependant elle ne se rencontre pas dans tous les cas. Trousseau cite deux observations où elle a manqué ; Bercieux (service de M. le Dr Monneret à l'hôpital Necker) et Bertholle (Société médicale 1860) ont vu la mort survenir par péritonite, sans qu'on eût observé d'hématémèses ou de selles noires. — Cette absence d'hémorragie n'est pas rare ; il serait facile d'en multiplier les exemples. Voici comment Garnier (thèse de 1865) conçoit et explique ce phénomène ; d'après lui, l'inflammation de voisinage que détermine l'ulcère peut coaguler le sang dans le vaisseau avant que d'en détruire les parois, et, quand l'artère est ouverte, ses deux extrémités se trouvent fermées par des bouchons fibrineux résistants que ne peut forcer le courant sanguin.

Troubles Intestinaux

Cancer. — Les cancéreux sont souvent constipés pour différentes raisons, parmi lesquelles la réduction de la quantité des aliments et surtout le régime lacté. Le carcinome gastrique entraîne même

parfois une telle constipation, qu'il peut simuler l'obstruction intestinale.

Observation Landouzy. — (Bulletins de la Société anatomique, 1875).

Il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans, atteint d'une constipation opiniâtre et de vomissements ; on constatait, sur le trajet du côlon transverse et surtout dans la fosse iliaque gauche, des masses dures, indolores, qui se déplaçaient et furent expulsées par les purgatifs ; à droite et en haut de l'ombilic était une masse dure, mate, peu douloureuse et immobile. A l'autopsie, on trouva un cancer du pylore.

Observation Quénu. — Une femme, âgée de 85 ans entra dans le service de ce chirurgien avec le diagnostic de hernie étranglée ; la constipation était absolue depuis 17 jours. L'autopsie révéla un carcinome du pylore.

Mais la diarrhée peut également se montrer dans le cours du cancer ; elle survient par crises, sous forme de débâcle, ou bien existe d'une façon continue (Tripier, *Lyon médical*, 1884).

Trousseau et Brinton avaient dit que la constipation était ordinairement le premier phénomène observé, que la diarrhée lui était habituellement postérieure, et qu'elle était une des conséquences de l'ulcération. Leube a constaté qu'il n'existe aucune règle à cet égard et que ces deux symptômes peuvent se présenter, l'un après l'autre indifféremment, dans le cours de la maladie.

Ulcère. — La remarque de Leube à propos du cancer de l'estomac est également exacte pour l'ulcère de cet organe.

Ainsi, dans le carcinome gastrique comme dans l'ulcère rond, les troubles intestinaux n'ont rien de caractéristique.

Tumeur

Suivant Trousseau, le seul cas où l'on pourrait poser un diagnostic différentiel entre l'ulcère simple et le carcinome de l'estomac, serait celui où l'on sentirait une tumeur dans les parois de cet organe. Il s'en faut de beaucoup que l'on puisse considérer la tumeur comme un signe d'une valeur absolue pour le diagnostic du cancer stomacal. En effet, d'une part, elle peut ne pas exister ; d'autre part, elle peut ne pas être perçue, bien qu'elle existe ; enfin elle peut résulter d'un ulcère.

Cancer. — A. La tumeur peut ne pas exister.

Si l'on prend le terme tumeur dans son acception la plus stricte, c'est-à-dire celle de néoplasme limité, se distinguant nettement par la palpation et la percussion des tissus voisins, on peut dire que beaucoup de cancers gastriques ne se révèlent par aucune tumeur ; ce sont les cancers infiltrés, étendus en nappe diffuse qui, pour la plupart, échappent à nos moyens d'investigation.

B. La tumeur existe, mais n'est pas perçue.

D'une façon générale, plus la tumeur s'éloigne de la paroi antérieure de l'abdomen, plus elle est difficile à percevoir. Les tuméfactions de la petite courbure et celles du cardia, en raison de leur situation, restent très souvent ignorées.

Observation Hanot, déjà vue. — On ne trouve nulle part de tuméfaction appréciable.

Observation Talamon (Progrès médical 1886). — On trouve une tumeur maligne à l'autopsie, malgré l'absence de tout signe positif pendant la vie.

Observation Debove (Praticien 1883). — La tumeur du pylore, bien que volumineuse, ne pouvait être sentie, puisqu'elle était cachée derrière le foie et inaccessible à toute exploration.

Les observations analogues sont très nombreuses.

Ulcère. — La tumeur résulte d'un ulcère.

Un ulcère, avec épaississement des bords ou péritonite circonscrite de voisinage, peut en imposer pour une tumeur maligne.

Sur 12 cas d'ulcères, avec tuméfaction, réunis par Reinhard, celle-ci était due 6 fois à une sténose cicatricielle hypertrophique du pylore, 6 fois aux adhérences qui unissaient l'estomac et les organes voisins ainsi qu'à l'empiètement de l'ulcère sur ces organes.

Observation personnelle, recueillie dans le service de notre maître M. le Dr Mathieu. — Croquevieille Maria, ménagère, âgée de 40 ans, est entrée, salle Louis, à Lariboisière, le 24 août 1893. Depuis 12 ans, elle a des douleurs vives après les repas. Vomissements quelques heures après avoir mangé. Elle souffre beaucoup, depuis un an surtout, dans la région de l'appendice xiphoïde avec irradiation dans le dos. Amaigrissement. Pas d'hématémèse. A la palpation, on sent de l'empatement, une rénitence profonde au creux épigastrique, donnant l'idée d'une plaque profondément située. Le 24 août 1893, petite hématémèse peu abondante, couleur chocolat ; nouvelle hématémèse le 26 août, veille de sa mort. Le

26 au soir, elle présente brusquement les symptômes d'une hémorragie interne. Mort, le 27 août 1893, au matin.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre, on trouve au niveau de l'ombilic, le gros intestin paraissant congestionné, refoulé de haut en bas par l'estomac. Celui-ci est très distendu (il a environ le double des dimensions normales), et divisé en deux poches : l'inférieure occupant la place normale du gros intestin, la supérieure remontant jusqu'au quatrième espace intercostal. — La poche supérieure de cet estomac en sablier est formée par la grande courbure ; l'inférieure par l'antra prépylorique. Au niveau de l'étranglement, sur la petite courbure, on trouve une plaque indurée d'aspect scléreux, large comme une pièce de 5 francs, faisant légèrement saillie. Une pression avec le doigt détermine la rupture de cette plaque. — On trouve de petits ganglions dans la partie gastro-colique du grand épiploon. — La cicatrice est adhérente au bord supérieur du pancréas, au niveau de la tête. L'estomac, incisé suivant la grande courbure, est absolument rempli de caillots ; on y trouve une grande ulcération ovalaire mesurant 8 centimètres de haut sur 4 de large. Le fond de cette ulcération est constitué par le pancréas : cet organe est sclérosé dans toute son étendue, surtout au niveau de l'ulcération, où les lobes sont étranglés par des bandes fibreuses assez apparentes. — Une partie de la surface qui forme le fond de l'ulcération stomacale est en voie d'ulcération, l'autre est purement scléreuse. La muqueuse, très colorée par le sang qui remplit l'estomac, est fortement plissée, présentant des saillies vermiculées et mamelonnées,

rayonnant d'une manière générale de l'ulcération à la grande courbure. En dehors de ces plis, la paroi est amincie.

Poumons emphysémateux : le gauche est congestionné. Pas trace de tubercule.

Foie petit, légèrement graisseux.

Cœur un peu petit.

Observation Rommelære (in Diagnostic du Cancer). — Ulcère de l'estomac se présentant avec les symptômes du cancer. Guérison.

Observation du même auteur. — Ulcère de l'estomac considéré comme cancer ; mort ; autopsie. Résumée.

C. François, 60 ans, entré à l'hôpital Saint-Pierre, le 6 mars 1881. Il se plaint d'être souffrant depuis le mois de décembre 1880, et les premiers symptômes ressentis par lui-même indiquent un dérangement de l'estomac. A son entrée à l'hôpital, il a le teint cachectique ; vomissements alimentaires ; tumeur à l'épigastre ; hématuries ; mort.

Autopsie. — Estomac dilaté ; orifice pylorique rétréci. L'estomac adhère au foie et à l'origine du côlon transverse ; à ce niveau, la paroi gastrique est épaissie au point d'atteindre 2 centimètres. En avant du pylore, il existe une ulcération mesurant environ 6 centimètres sur 5. Au niveau du pourtour de l'ulcère, la paroi gastrique atteint environ 1 centimètre et demi d'épaisseur ; le fond de l'ulcération est blanc grisâtre, à surface irrégulière, formé par le tissu hépatique.

Observation Gull (The Lancet, 1866). — A la

palpation, on constate une tumeur mobile d'environ 2 pouces de diamètre (left of the navel, à gauche de l'ombilic). — Autopsie. — La région pylorique de l'estomac est resserrée au point d'admettre à peine l'extrémité du petit doigt. Cela provient de l'épaississement et de la contraction des tuniques de l'estomac, formant ainsi la tumeur observée pendant la vie : cette tumeur est due à l'hypertrophie considérable de la tunique musculaire. En dedans de cet épaississement, sur la grande courbure et à 3 ou 4 centimètres du pylore, se voit la cicatrice d'un ancien ulcère du diamètre d'une pièce de 2 francs.

Observation Brouardel. — Le 12 janvier 1874, une femme de 63 ans entrant dans le service de ce médecin, salle Sainte-Madeleine, n° 22, à la Charité. Cette femme vomissait des matières noires depuis quelque temps ; et un peu en dessus de l'ombilic on trouvait une tumeur dure, inégale, de la grosseur d'un œuf de poule, peu douloureuse à la pression. L'estomac était dilaté, la teinte de la peau, cachectique à un haut degré, comparable au jaune-paille des cancéreux.

Peu de temps après, les vomissements couleur de suie ou marc de café se reproduisaient plusieurs fois par jour. Le 21 juillet, la malade mourut.

À l'autopsie qui fut pratiquée avec l'aide de M. Cornil, on trouva que l'extrémité pylorique de l'estomac était dure et formait tumeur. Les parties voisines, épiploon, côlon transverse, y avaient contracté des adhérences intimes et présentaient des indurations assez étendues. En ouvrant l'estomac, on trouve au pylore une ulcération longue de 4 centimètres environ, dirigée suivant le sens du canal

pylorique. Cette ulcération était régulièrement déprimée en godet. La muqueuse s'arrêtait à sa limite ; le fond en était formé par les fibres transversales de l'estomac, qui, détruites elles-mêmes au niveau de la partie la plus profonde de l'ulcère, y laissent voir les fibres musculaires longitudinales. Cette ulcération était unique. Autour d'elle, les parois de l'estomac hypertrophiées formaient une tumeur qui, à l'examen à l'œil nu et à l'examen microscopique, n'a présenté aucun des caractères du tissu cancéreux. A la coupe, cette tumeur était dure, résistante ; la surface de section en était lisse, brillante, et la pression n'en exprimait aucun liquide.

Ainsi voilà une malade chez laquelle il semblait qu'on ne pût hésiter à diagnostiquer un cancer de l'estomac. La tumeur, la teinte jaune-paille paraissaient caractéristiques.

Observation Plata-Azuero (Bull. de la Société anatomique de 1856). X..., âgé de 58 ans, eut, il y a 12 ans, en 1844, des vomissements, des coliques, une diarrhée abondante accompagnée de ténésme rectal. Cet état dura 2 ans ; puis la diarrhée fut remplacée par une constipation opiniâtre ; mais la santé resta faible. Bientôt survint une hématomèse violente. Depuis cette époque, vomissements fréquents après les repas, contenant tantôt des débris alimentaires seuls, tantôt mélangés avec du sang. Le malade continue pendant 10 ans à se livrer à ses occupations malgré la faiblesse de sa santé ; puis il est forcé de demander un lit à la Charité. La maigreur est extrême ; le teint est d'une pâleur jaunâtre. Appétit nul ; les aliments sont rejetés. Selles rares. Douleurs vives à l'épigastre, augmentant après les

repas. Les parois abdominales sont très déprimées, et par le toucher on peut sentir au niveau du pylore une tumeur molle, douloureuse à la pression et mal limitée. Le malade faiblit de jour en jour et succombe en mars. — On trouva, à l'autopsie, quelques tubercules au sommet des 2 poumons. L'estomac montrait plusieurs ulcères : l'un en forme de croissant, était situé près du pylore, dont il était séparé par un petit espace sain. Il occupe les trois quarts de la circonférence du pylore ; ses bords sont durs et saillants. Au fond de l'ulcère on voit une cicatrice fibreuse, blanchâtre et très-résistante. La muqueuse s'arrête au bord de l'ulcère, où elle forme un bourrelet saillant. — Près du cardia existe un autre ulcère plus large et moins saillant ; à une des extrémités, toutes les tuniques, sauf le péritoine, ont disparu. Toutes ces parties sont réunies par une cicatrice. — Sur la partie moyenne de l'estomac, un peu plus près du cardia, existe un 3^e ulcère moins étendu et moins saillant que les précédents. — L'estomac a diminué de capacité. Ses parois sont épaissies dans toute leur étendue, mais l'hypertrophie est bien plus considérable au niveau du pylore, ce qui explique la tumeur sentie pendant la vie.

M. Plata-Azueró insiste sur les signes de cette affection, qui ne permettaient d'hésiter qu'entre l'ulcère simple et le cancer, et ajoute que, se basant sur la constatation de la tumeur pylorique, deux praticiens distingués avaient diagnostiqué un carcinome de l'estomac : en effet Cruveilhier n'avait-il pas donné, comme caractère distinctif entre le cancer et l'ulcère rond de cet organe, l'absence de tumeur dans cette dernière maladie !

Dilatation

Il suffit de lire les causes multiples de la dilatation stomacale pour s'apercevoir que le cancer n'y entre que pour une petite part. S'il siège au pylore, et qu'il en rétrécisse l'orifice, il amènera évidemment une dilatation par obstacle mécanique. Mais ce rétrécissement peut aussi être produit par l'ulcère en activité, par l'ulcère guéri, par l'hypertrophie des fibres musculaires (Otto d'Annaberg). — Nul est donc le secours apporté par la dilatation qui, bien au contraire, contribue, pour une grande part, aux erreurs de diagnostic, ainsi que l'a montré le professeur Bouchard. En effet, cette lésion réalise des conditions très-favorables à la fabrication et à l'absorption des substances toxiques du tube digestif ; et il s'en suit qu'on observe, dans l'ulcère rond, une intoxication chronique de l'organisme, source d'inanition et d'accidents absolument analogues à ceux qu'on rencontre dans les cas de cancer (anémie, amaigrissement, œdèmes, etc.).

Phlegmatia alba dolens

Parmi ces accidents pourrait, à notre avis, se trouver la *Phlegmatia alba dolens*, quoique le grand Trousseau ait dit : « Lorsque vous êtes embarrassés sur la nature d'une maladie de l'estomac et que vous hésitez entre un ulcère et un carcinome, une *phlegmatia alba dolens*, survenant à la jambe ou au bras, fera cesser votre indécision, et il vous sera permis de vous prononcer définitivement pour l'existence d'un cancer de l'estomac... Telle est pour moi la valeur

séméiotique de la *phlegmatia* dans la cachexie cancéreuse en général, que je fais de cette *phlegmatia* un signe certain de la diathèse cancéreuse ». Et il en est mort, apportant ainsi une preuve à l'appui de sa théorie. — Mais si ce douloureux évènement a pu venir corroborer l'opinion du maître, et entraîner à sa suite la conviction de toute une génération médicale, nous devons peut-être, en présence de certains faits, hésiter à suivre le conseil de Trousseau. En effet, en étudiant la pathogénie de la *phlegmatia alba dolens*, il semble qu'on puisse l'observer dans toutes les cachexies, quelle que soit leur origine.

MM. Widal (thèse de 1889) et Vaquez (thèse de 1890) ont montré que les phlébites, dans la très grande majorité des cas, sont dues à des agents pathogènes, microbiens, infectieux, qui s'installent secondairement chez les sujets affaiblis et prédisposés par une première affection (infection puerpérale, fièvre typhoïde, tuberculose, cancer, chlorose, etc.). Donc, tous les troubles de la nutrition suivis de cachexie, pourraient donner naissance à des phlébites et particulièrement l'ulcère, qui serait lui-même, d'après M. le docteur Letulle, d'origine infectieuse. — A ce propos, nous lisons dans la thèse inaugurale du Dr Gaston Lyon (Paris 1890) : « La théorie de l'infection a été formulée pour la première fois par Bottcher en 1874 ; mais c'est à M. Letulle que revient le mérite de l'avoir établie sur des bases indiscutables ; il a signalé l'ulcère chez un malade atteint de dysenterie, et notre collègue et ami Widal a pu reproduire chez des cobayes des lésions ulcératives de l'estomac par l'injection intra-péritonéale du microbe dysentérique. Dans un autre cas également

observé par M. Letulle, un ulcère du duodénum était survenu à la suite d'un abcès chronique du sinus maxillaire. D'autre part, on sait que la tuberculose et l'état puerpéral constituent des causes éminemment favorables à l'éclosion de l'ulcère. — Aliston (*Münchener Med. Woch.*, 1886), a publié un cas d'ulcère rond ayant entraîné la mort, au cours d'une fièvre puerpérale. — Dans un autre cas d'ulcère, également survenu au cours d'une fièvre puerpérale, M. Letulle trouva dans l'estomac un nombre considérable de *streptococci* logés dans l'intérieur des veinules sous-jacentes à l'ulcération et thrombosées ».

Pourtant nous ajouterons que, si M. le professeur Bouchard a publié dans son mémoire de 1884, plusieurs cas de dilatation avec *phlegmatia alba dolens*, nous n'avons pas, pour notre part, d'observation d'ulcère simple accompagné de ce symptôme.

Quoi qu'il en soit de notre théorie, nous ferons remarquer que la *Phlegmatia alba dolens* est un symptôme tout-à-fait inconstant du carcinome gastrique : elle n'existe pas même dans la moitié des cas. Dès lors elle ne peut servir de base au diagnostic de cette affection.

Cachexie

Cancer. — On a prétendu que les tumeurs malignes entraînaient une cachexie spéciale, qui n'appartenait qu'à elles. Cette cachexie essentielle, *sui generis*, est une simple vue d'esprit et n'existe nullement en réalité. « J'ai depuis longtemps, dit Hugues Bennet, cessé d'attacher aucune importance, à ce fameux état cachectique comme signe pathogno-

nique du cancer ; je l'attribue tout simplement au défaut de nutrition. Cette même cachexie se montre d'ailleurs dans diverses autres formes de productions pathologiques, et manque fréquemment là où le microscope a démontré l'existence de l'affection cancéreuse ».

Ce dernier phénomène s'explique aisément, puisque nous admettons que l'état cachectique fasse défaut tant que la nutrition est bonne. Or, nous avons vu que des malades atteints d'un carcinome stomacal conservaient leur appétit jusqu'à la période ultime.

Ulcère. — Les mêmes symptômes cachectiques se présentent avec des caractères absolument identiques dans la maladie de Cruveilhier. Comment en serait-il autrement, puisqu'ils sont provoqués dans les deux affections par les hématomésèses, par les vomissements alimentaires et par la dénutrition qui en est la conséquence.

Anémie

Cancer. — L'anémie se traduit de bonne heure par la décoloration de la peau et des muqueuses, surtout par l'aspect de la face qui prend une teinte jaune-paille. Mais cette teinte spéciale n'est pas constante dans le carcinome de l'estomac.

Observation Bouveret. — Le visage présente la pâleur de l'anémie proprement dite, plutôt que la teinte jaune-paille, propre aux facies cancéreux.

Observation Siredey (Union médicale, 1890). — M. le docteur Siredey présente les pièces anatomiques

d'une femme morte d'un cancer de l'estomac. A son entrée dans le service de M. le professeur Strauss, à l'hôpital Laennec, au mois de septembre dernier, cette femme ne présentait aucun symptôme de carcinome gastrique, pas même de la dyspepsie. L'état général était excellent, le *teint rosé*. Quelques signes d'éthylisme. L'examen de la région épigastrique révélait cependant la présence de deux tumeurs volumineuses superposées, paraissant appartenir l'une à l'épiploon, l'autre à l'estomac. — L'état général resta excellent jusqu'au mois d'octobre. A ce moment, commencèrent des vomissements incoercibles qui amenèrent rapidement un amaigrissement considérable, mais sans que la malade ait perdu l'appétit. Jamais la teinte *jaune-paille* particulière ne parut ; les ganglions ne s'engorgèrent pas. Mort le 28 octobre. A l'autopsie, on trouva 2 tumeurs cancéreuses, une sur l'épiploon, l'autre sur l'estomac ; celle-ci s'étendait sur les deux tiers de la grande courbure et de là jusqu'au pylore, qui était devenu à peu près infranchissable.

Quelques granulations sur le péritoine.

A propos de cette observation, M. le professeur Hayem fait les réflexions suivantes : « Un fait intéressant, c'est la façon dont la malade de M. Siredey digérait. Dans le cas de cancer stomacal, en effet, le chimisme de l'organe est ordinairement très altéré. Mais quelquefois cependant, les glandes d'une grande portion de la muqueuse restent normales, la digestion et la nutrition se font bien ; le chimisme stomacal reste donc normal dans ces cas. C'est ce qui a lieu ici ; la muqueuse d'une bonne partie de la grosse tubérosité de l'estomac est saine ».

Ulcère. — La teinte jaune-paille existe dans l'ul-

cère rond, comme l'on a pu s'en rendre compte par les observations Laveran et Brouardel déjà rapportées.

Marche et Durée

Cancer. — Il importe de savoir que le carcinome gastrique ne suit pas une marche invariable dans tous les cas. Les symptômes n'acquièrent pas constamment une gravité graduellement progressive, et l'on peut assez souvent assister à des alternatives d'amélioration et d'aggravation susceptibles de dérouter le médecin et de le faire incliner vers la gastrite chronique. Il en est ainsi dans l'observation Hanot déjà mentionnée :

« Au retour du Vésinet, elle avait repris des forces, pouvant manger sans éprouver de douleurs, et la pâleur qu'elle présentait depuis le commencement des accidents avait presque complètement disparu. Vers le mois d'août, elle avait repris ses occupations de cuisinière ; sa santé, disait-elle, était entièrement rétablie. »

Quelquefois les rémissions doivent être mises sur le compte du traitement ; le lavage de l'estomac, par exemple, détermine, en supprimant une source d'auto-intoxication, une amélioration souvent très rapide.

Il ne faut pas non plus faire foi sur la durée plus ou moins longue de la maladie, et surtout ne pas prendre, au pied de la lettre, les indications fournies à cet égard par divers auteurs ; aussi les statistiques de Brinton, de Lebert, de Valleix qui donnent au cancer une durée moyenne de 15 mois, une durée

maxima de 36 mois, ne sont pas toujours conformes à la réalité des faits.

Tantôt la maladie évolue en 3 ou 4 mois, ce qui s'observe particulièrement dans les cancers précoces ; tantôt la durée moyenne est largement dépassée. On a cité, dans ces dernières années, des cas de cancer gastrique ayant duré 5 ans et même plus (Société médicale des Hôpitaux, 1885).

Observation Lépine. — Carcinome de l'estomac longtemps confondu avec une dilatation de cet organe : durée, 4 ans. L'autopsie a été faite.

Dans un mémoire de 1880, Dujardin-Beaumetz rapporte un fait dans lequel un homme qui souffrait de troubles digestifs marqués, de vomissements noirs assez abondants pour que l'on crût à un cancer, vit son état s'améliorer notablement par le régime lacté. Le mieux persista pendant 10 ans avec de légères rechutes. Le premier diagnostic fut alors abandonné, et l'on admit l'existence d'une gastrite ulcéreuse avec dilatation de l'estomac. Le malade mourut et l'on trouva un cancer bien et dûment contrôlé par l'examen histologique.

A ce propos, nous lisons dans le livre de M. Bouveret :

« Certaines conditions sont relativement favorables et de nature à retarder la mort, telles que la rareté des vomissements, l'absence des hémorragies, le peu d'intensité des phénomènes dyspeptiques, la conservation prolongée de l'appétit, une bonne hygiène, un traitement convenable. »

Ulcère. — S'il y a des ulcères gastriques qui ont persisté, d'après Luton et Leudet, pendant 20 ans, il y en a dont la durée n'a pas dépassé quelques mois,

quelques semaines même. Rien n'est plus variable ; et il s'en faut que les rémissions « fréquentes et durables » soient constantes dans cette affection.

Les modalités de la marche et de la terminaison de la maladie de Cruveilhier diffèrent suffisamment pour qu'on ait pu établir une classification des variétés d'ulcères de l'estomac en formes *lente*, *rapide* et *aigüe* (Jaccoud). Cette classification permet de mesurer l'importance médico-légale de ces ulcères à terminaison foudroyante, qui donnent lieu à des soupçons d'empoisonnement et même, comme dans un fait signalé à la société médicale de Cambridge, en 1881, à une exhumation et à une autopsie. D'ailleurs, qui ne connaît, au témoignage de Littré, le récit historique de la mort subite d'Henriette d'Angleterre succombant, disait-on, à l'ingestion d'un breuvage toxique, quand elle était atteinte vraisemblablement d'un ulcère stomacal plus ou moins ancien. Enfin, M. le Professeur Brouardel, dans son livre sur « la mort subite », rapporte trois cas d'ulcères suivis de mort foudroyante : un homme sort de chez un marchand de vins en disant qu'il est empoisonné, et meurt en quelques heures.

Adénopathie à distance

Cancer. — La propagation du carcinome aux ganglions lymphatiques voisins est connue depuis fort longtemps, aussi bien pour les cancers externes que pour les cancers viscéraux. — Virchow, le premier, appela l'attention sur la propagation de ces affections aux ganglions à distance.

Hénoch insista sur l'importance de ce signe :

« Le diagnostic devient plus certain, dit-il, lorsqu'on peut trouver des ganglions dégénérés au-dessus de la clavicule. »

Oppolzer (Wiener medicinische Wochenschrift 1865), dans une clinique sur le diagnostic du cancer de l'estomac, s'exprime ainsi : « Parmi les signes diagnostiques les plus importants entre le carcinome et l'ulcère gastriques, il faut signaler dans la première de ces maladies les gonflements des ganglions lymphatiques, et en particulier des ganglions des aisselles et du cou. »

M. le Professeur Jaccoud (Cliniques de la Charité 1866, 5^e leçon et cliniques de Lariboisière de 1872, 20^e leçon) insiste sur la valeur séméiologique des adénopathies à distance dans les cancers viscéraux.

M. le D^r Belin, en 1888, fait sa thèse sur « les Adénopathies externes à distance dans le cancer viscéral ».

En 1886, M. le D^r Troisier observe l'envahissement des ganglions sus-claviculaires dans 3 cas de cancer de l'estomac, en fait part à la Société médicale des hôpitaux et insiste sur l'importance diagnostique de ce symptôme. En 1888, il revient sur le même sujet ; et en 1889 il a publié, dans les Archives générales de médecine, une intéressante étude sur l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers de l'abdomen. — L'infection ganglionnaire à distance, si on l'observait à tout coup, aurait certainement de l'importance au point de vue de la diagnose ; malheureusement, ou elle fait défaut complètement comme nous l'avons vu dans l'observation Siredey, ou bien

elle ne survient qu'à une période très avancée de l'évolution du cancer.

L'inconstance du phénomène lui enlève beaucoup de sa valeur.

Ulcère. — On a cru un moment que l'adénopathie à distance serait le critérium du diagnostic différentiel entre le carcinome gastrique et l'ulcère rond. L'illusion a été de courte durée : en effet, non-seulement ce symptôme manque dans la première affection, mais il peut exister dans la seconde d'après l'observation suivante.

Observation personnelle. — Prise dans le service de notre maître, M. le D^r Mathieu.

B. Amélie, couturière, est âgée de 44 ans. — Antécédents héréditaires : le père souffrait de l'estomac ; la mère est morte d'un cancer dans le ventre à 65 ans.

Ils étaient 17 enfants ; il en reste 9 de vivants. — Antécédents personnels ; réglée à 16 ans, bien réglée. Elle est très nerveuse. Elle a eu la danse de Saint-Guy à 30 ans. Elle n'a pas de stigmates hystériques : n'a jamais eu de crises à perdre connaissance, pas de sensation de boule à la gorge ni d'étouffements quand elle est en colère. Pas de troubles de la sensibilité, seulement elle se met en colère facilement. — Elle se défend d'avoir fait le moindre abus de boissons, et, de fait, elle n'a aucun signe d'éthylisme. — Depuis une dizaine d'années, vomissements alimentaires, qui n'ont pas mauvais goût ; rares le matin, ils ont lieu en général vers les 4 ou 5 heures du soir. Elle souffrait de l'estomac, mais très rarement le matin. La douleur lui venait un certain temps après

avoir mangé, et le vomissement la soulageait. — Au mois de juin 1893, un matin, elle commence à avoir un vomissement de sang bien rouge, et cela sans avoir toussé préalablement; ce fait se renouvelle pendant 3 jours. Elle entre dans le service de M. le Dr Bucquoy, jusqu'au mois de novembre 1893. On lui donne des lavements alimentaires d'abord, puis le régime lacté; ses vomissements cessent. Depuis le mois de juin 1893, la palpation du creux épigastrique de la malade lui fait ressentir une douleur très vive, qui se manifeste même par le simple frôlement des vêtements; c'est une douleur en broche, qui lui répond dans toute la colonne lombaire.

M. Bucquoy avait diagnostiqué un ulcère rond et lui avait donné le traitement ordinaire. — Peu après sa sortie de l'hôpital, elle recommence à vomir ses aliments et rentre chez M. Bucquoy jusqu'au mois de février 1894.

A sa sortie, elle vomissait beaucoup moins; mais ses douleurs et ses vomissements augmentent bientôt d'intensité, et elle rentre de nouveau chez M. Bucquoy, remplacé par M. le Dr Mathieu, au commencement du mois d'octobre.

Etat actuel. — Nous voyons la malade dans le service de M. Proust, suppléé également par M. Mathieu. Depuis le commencement d'octobre, la malade a des vomissements noirs de temps en temps, mais non tous les jours; à la fin de ce mois, ses selles contiennent, de temps en temps également, du sang noir. A la palpation, on sent quelques ganglions au cou, en arrière du sterno-cleido-mastoïdien, à l'angle supérieur du triangle sus-claviculaire. Au bout d'un séjour de 3 semaines chez M. Proust, on

sent de la rénitence à la palpation du creux épigastrique ; en même temps, anémie extrêmement marquée, décoloration très grande des téguments, œdème blanc des membres inférieurs assez marqué. On n'a pas examiné les urines de la malade tout d'abord, mais à ce moment-là elles ne contenaient pas d'albumine. — A l'entrée de la malade dans le service, elle souffrait beaucoup ; amélioration très grande par le traitement habituel de l'ulcère rond. Plus tard, réapparition des douleurs ; les alcalins à haute dose ne réussissent plus à les calmer. La malade souffre de plus en plus ; elle perd complètement l'appétit. Mort le 9 décembre.

Autopsie. — L'aspect du cadavre ne présente rien de particulier ; les jambes sont œdématiées. A l'ouverture, on aperçoit l'estomac très distendu ; cette distension est gazeuse. Le duodénum est aussi très distendu. Les viscères intestinaux sont pâles et anémiés.

Estomac. — Vers la région pylorique, la muqueuse est dépolie et épaissie ; à la palpation on sent une induration. Le long de la grande courbure on trouve des ganglions rosés, aplatis, qui ne sont pas durs. On détache l'organe avec soin et on l'ouvre en faisant une incision le long de la grande courbure. Alors on constate que la petite courbure a presque totalement disparu ; à sa place, on voit une ulcération ronde de 8 centimètres de diamètre environ : ulcération à bords saillants, taillés à pic, formant un bourrelet, marqués surtout aux deux extrémités. Cette ulcération occupe toute la petite courbure et empiète sur la face antérieure de l'estomac. En faisant une coupe transversale de l'ulcération, on trouve

le pancréas ; la paroi stomacale est complètement détruite. Le bord droit de l'ulcération est à 1 centimètre environ du pylore. Le fond est pâle, grisâtre, et présente de petites saillies blanchâtres. Le pylore et le cardia n'offrent aucune lésion appréciable. — Pour M. le Professeur Cornil, présent à l'autopsie, il s'agit d'un ulcère rond de date ancienne ; il ne croit pas à sa transformation épithéliomateuse : les petits ganglions du voisinage n'ont pas le caractère cancéreux, ils ne sont pas durs, ils sont rosés, et ne présentent pas de suc à la coupe.

Foie. — Le foie est volumineux et pâle, extérieurement ; à la coupe, pâleur et consistance molle. Il ne présente pas de nodosités cancéreuses.

Poumons. — Ils sont emphysémateux, pâles, et sans lésions cancéreuses ni tuberculeuses. Il y a, à la base du cou, des ganglions volumineux, non indurés.

Cœur. — Ne présente rien de particulier.

Abdomen. — Il y a un peu d'ascite. Le côlon descendant présente des endroits rétrécis.

Reins. — Ils sont gros, blancs, pâles.

Cette observation est extraordinairement démonstrative et fait bien ressortir les difficultés du diagnostic différentiel entre l'ulcère rond et le cancer de l'estomac. En effet, la présence simultanée de l'adénopathie cervicale, de la rénitence épigastrique, de l'œdème blanc des membres inférieurs, des vomissements noirs, avait fait naître dans l'esprit de notre maître l'idée d'une transformation de l'ancien ulcère en un carcinome. L'autopsie démontra qu'il n'en était rien.

Enfin nous ajouterons que M. le Dr Mathieu soigne actuellement en ville une personne qui est at-

teinte d'un ulcère simple de l'estomac et qui offre dans la région cervicale une adénopathie très prononcée.

Aussi, pour notre maître, il est hors de doute que l'affection qui nous occupe est assez souvent accompagnée d'un engorgement ganglionnaire des régions éloignées et du cou en particulier.

Leucocytose

On observe parfois un signe qui plaide jusqu'à un certain point en faveur du néoplasme stomacal ; je veux parler de l'accroissement des globules blancs ; c'est ainsi que dans l'observation de M. le Dr Hanot, dont nous avons déjà parlé, ils étaient fort augmentés. Mais M. le professeur Hayem, qui a étudié les rapports de la leucocytose avec le cancer de l'estomac, a trouvé qu'elle ne s'observait que dans la moitié des cas. — Voilà donc encore un symptôme que son inconstance même rend insuffisant.

Valeur globulaire

M. le Professeur Lépine avait enseigné que la valeur globulaire était toujours diminuée dans le cancer. Il n'en est rien, et lui-même rapporte (*Archives de médecine expérimentale* 1893) un cas de carcinome stomacal sans diminution de la valeur globulaire. Ce signe est donc tout aussi relatif que les autres.



CHAPITRE II

Symptômes chimiques

Ainsi, parmi tous les symptômes que nous avons examinés, aucun ne saurait nous donner satisfaction. Est-ce à dire que le diagnostic clinique est impossible ? Evidemment non, et telle n'est pas notre pensée : les opinions absolues et radicales ne seront jamais les nôtres ; fausses en général, elles le sont particulièrement en médecine. D'ailleurs, l'expérience montre que si chaque signe clinique n'a qu'une valeur isolée très relative, leur groupement, fait par un esprit habile, offre de grandes chances de probabilité.

Cependant les erreurs étaient encore nombreuses ; aussi certains savants s'adressèrent-ils dans ces derniers temps à la chimie biologique dans l'espoir de découvrir le symptôme qui serait enfin la pierre de touche entre l'ulcère rond et le carcinome de l'estomac. *Lux fiat !* se sont-ils écriés à leur tour ; mais en vain : c'est du moins notre avis.

I. EXAMEN DU SUC GASTRIQUE

I. Recherche de l'acide chlorhydrique.

On sait aujourd'hui, depuis les travaux de Bidder et Schmidt, que l'acide chlorhydrique est un produit de sécrétion des glandes gastriques : c'est du moins la théorie que nous adoptons de préférence à celles de Maly d'une part (*Annalen der Chemie und Pharmacie*, t. CLXXIII), de MM. Hayem et Winter d'autre part (*Du chimisme stomacal*, Paris 1894). Cet acide peut être facilement décelé dans les vomissements,

grâce à une série de réactifs : violet de méthyle, violet de gentiane, rouge du Congo, orangé Poirrier, vert brillant (Lépine), floroglycine vanilline (G. Sée), papiers réactifs, etc.

Cancer. — Van der Velden (Archiv. f. klin. méd. vol. 23 et 25), le premier, a recherché s'il n'y avait pas altération de la sécrétion du suc gastrique dans le carcinome de l'estomac : il trouva que l'acide chlorhydrique faisait défaut d'une façon constante dans cette affection. — La découverte de Van der Velden fut immédiatement contrôlée par différents médecins, mais notamment par Riegel (Arch. f. klin. méd. 1884).

Il semblait donc que l'on fut enfin en possession d'un moyen de diagnostic infailible ; mais les observations contraires surgirent bientôt de divers côtés. Ewald, qui fut l'un des premiers opposants, produisit des cas avérés de cancer où l'acide chlorhydrique n'avait pas disparu.

D'autres auteurs, parmi lesquels Kietz, Seeman, Thiersch, Korezinski et Jaworski, Roose, etc., conclurent également à la présence de l'acide chlorhydrique dans bon nombre de cas de cancer gastrique.

M. Lépine (Société médicale des hôpitaux 1887) a constaté l'acide chlorhydrique chez un homme atteint manifestement d'un carcinome de l'estomac. Rosenheim, sur 16 cas, 14 fois n'a trouvé aucune trace d'acide chlorhydrique ; cet acide existait chez deux malades, et chez l'un d'eux, il était même en excès.

Wetzold (*Charité-Annalen* 1889 p. 237), Pulawski (*Berlin, klin. Woch.* 1892), Hanot (*Bulletin*

médical 1892), ont publié des cas de carcinome stomacal avec sécrétion d'acide chlorhydrique en excès.

Quelle est donc la cause de la disparition de l'acide chlorhydrique dans quelques cas de cancer, et comment se fait-il que, d'autres fois, on ne puisse constater cette disparition ? C'est que la suppression de la sécrétion chlorhydrique n'est point due à l'action neutralisante du suc cancéreux *alcalin* sur le suc *acide* des glandes gastriques (Riegel), mais à la présence de lésions dégénératives de la muqueuse stomacale, à l'atrophie des glandes de l'organe affecté (A. Mathieu). — « La disparition de l'acide chlorhydrique ne dépend pas d'une influence mystique du carcinome sur la production de cet acide, mais seulement d'une gastrite concomitante catarrhale ou atrophique. Si cette gastrite manque (voir les observations de M. Hayem à propos de l'observation Siredey), l'acide chlorhydrique peut être sécrété en quantité considérable, comme dans les cas de Bird, de Cahn et autres. » Ainsi s'exprime Ewald, qui s'est rallié à l'opinion que notre maître, M. le Dr Mathieu, a soutenue dans un travail paru dans les Archives générales de médecine (avril et mai 1889).

D'ailleurs une récente observation de M. Rosenheim (Deutsch. med. Wochensch, décembre 1892) semble bien confirmer cette dernière interprétation.

Une femme de 48 ans subit avec succès la résection du pylore cancéreux. Un an après cette opération, l'état général était satisfaisant, et il n'y avait pas de récurrence. Or, le liquide du repas d'épreuve était neutre et ne contenait pas plus d'Hcl qu'au temps où la malade avait encore son cancer. — L'absence de Hcl ne pouvait être attribuée à l'action neu-

tralisante du suc cancéreux ; elle était due sans doute à cette gastrite atrophique que produit souvent le carcinome de l'estomac.

En résumé, nous pouvons poser les conclusions suivantes :

1° L'acide chlorhydrique fait souvent défaut dans le cancer ; pourtant son absence n'est pas constante ; on peut même observer de l'hyperacidité.

2° L'absence d'acide chlorhydrique paraît subordonnée à l'existence de lésions dégénératives de la muqueuse stomacale.

Ulcère. — Tandis qu'il constatait de l'anachlorhydrie dans le carcinome gastrique, Riegel trouvait de l'hyperchlorhydrie dans l'ulcère rond. En 1886, (Deutsch. med. Wochensch), il avait réuni 31 cas d'ulcère, dont 16 chez l'homme et 15 chez la femme, et dans tous ces cas il avait observé une forte acidité du suc gastrique. — Un peu plus tard, le chiffre des observations de cet auteur s'élevait à 42, avec 382 analyses des liquides de l'estomac ; dans tous ces cas encore, l'ulcère était associé à l'excès de la sécrétion. Riegel en conclut même que la lésion ulcéreuse est produite par l'hyperchlorhydrie.

Sur plusieurs malades, MM. Schœffer, Korezinski, Jaworski et Bouveret ont constamment trouvé une proportion exagérée d'acide chlorhydrique dans les liquides gastriques.

Certes, voilà un ensemble de faits positifs, très digne de fixer l'attention ; malheureusement ils sont escortés de faits négatifs.

MM. Ritter et Hirsch ont vu l'ulcère sans hyperchlorhydrie, et même avec hypochlorhydrie, surtout chez des femmes chlorotiques (zeitsch. f. klin. Med.

Bd. XIII p. 430). M. Muller conclut également que, chez les chlorotiques atteintes d'ulcère, les liquides gastriques peuvent être faiblement acides et même neutres.

M. Lenhartz a vu la coïncidence de l'ulcère et de l'anachlorhydrie (Deut. méd. Wochensch. 1890).

MM. Cahn et Mering ont trouvé dans la maladie de Cruveilhier une acidité de 0,5 pour 1000, chiffre très inférieur à la proportion normale.

Sur 24 cas d'ulcère réunis par M. Gerhardt, 7 fois les réactions de l'acide chlorhydrique faisaient tout à fait défaut (Berlin. klin. Wochensch. 1888).

Enfin MM. Pol Vassal (Bull. de la Société anatomique de 1891) et Ewald ont également rencontré des cas d'ulcère sans excès de la sécrétion.

D'après ce dernier auteur, les causes de ces faits négatifs seraient les suivantes : l'extrême affaiblissement du malade, l'incessante répétition des vomissements et l'anémie consécutive à une abondante hémorragie. Pour lui, le marasme et la déchéance de la nutrition amènent l'hypochlorhydrie ou l'anachlorhydrie.

Quoi qu'il en soit, la recherche de l'acide chlorhydrique ne peut nullement nous conduire à un diagnostic sûr et certain. En effet, les carcinomes de l'estomac, de même que les ulcères de cet organe, peuvent se diviser en trois catégories, suivant que l'acide chlorhydrique fait complètement défaut, suivant qu'il se trouve en petite quantité ou en proportion à peu près normale, ou suivant qu'il se rencontre en excès.

2. — *Recherche de l'acide lactique.*

En 1892, M. Boas (Deut. med. Wochensch.) appela l'attention sur l'excès de l'acide lactique considéré comme signe du cancer gastrique. Dans un liquide de repas d'épreuve, des procédés chimiques rigoureux peuvent bien démontrer la présence de l'acide lactique, mais la réaction d'Uffelmann est toujours négative, quelle que soit la nature de l'affection de l'estomac.

Le cancer fait seule exception, et le liquide extrait d'un estomac cancéreux, après le repas d'épreuve, donne une teinte jaune-canari. Ce serait là un moyen sûr de diagnostiquer le cancer de tous les autres états dyspeptiques, aujourd'hui fort nombreux, qui s'accompagnent aussi de la diminution ou de la disparition de l'acide chlorhydrique (Boas).

Or, voici ce que nous lisons dans le dernier numéro de janvier 1895 de la *Semaine médicale* : « On sait que, pendant longtemps, l'anachlorhydrie ou l'hyperchlorhydrie gastrique ont joué un rôle important pour le diagnostic des tumeurs malignes de l'estomac ; on n'ignore pas aujourd'hui que ces caractères du suc gastrique peuvent exister dans d'autres affections que le cancer. — Il y a un an et demi environ, M. Boas a prétendu que dans les cas de carcinome stomacal on trouvait toujours de l'acide lactique dans l'estomac. D'après cet auteur, ce serait là un caractère pathognomonique, même en l'absence de toute tumeur appréciable. Nombre d'observations ont semblé confirmer la théorie de M. Boas.

Il y a lieu cependant de se demander pourquoi l'acide lactique doit être considéré comme un signe

pathognomonique du cancer. J'ai examiné à ce point de vue 15 malades du service de M. Leyden. Tous étaient atteints de cancer de l'estomac et chez tous j'ai trouvé de l'acide lactique dans le suc gastrique. Néanmoins je ne puis admettre que l'acide lactique soit un signe pathognomonique du cancer, car dans 3 cas de cette affection, dont 1 suivi d'autopsie, le suc gastrique ne contenait pas d'acide lactique. Il suffit, selon moi, que la contractilité de l'estomac soit affaiblie pour que cet acide apparaisse dans le suc gastrique. Toutes les fois qu'il y a *stagnation* du contenu stomacal, quelle que soit la cause de cette stagnation, on trouve de l'acide lactique. Cette stagnation s'observe naturellement dans tous les cas de *cancer* ou d'*ulcère* avec rétrécissement du pylore. (Communication de M. G. Klemperer à la Société de médecine interne de Berlin, le 23 janvier 1895).

II. MODIFICATIONS DE LA SÉCRÉTION URINAIRE.

1. *Hypoazoturie*. — M. Rommelaere (*Journal de Médecine*, de Bruxelles, 1883), a essayé, le premier, de tirer de l'analyse des urines des indications utiles pour le diagnostic différentiel de l'ulcère et du cancer de l'estomac. Son travail se résume en cette proposition : dans un cas d'affection gastrique chronique, si l'excrétion quotidienne de l'urée reste habituellement au-dessous de 12 grammes, il s'agit d'une dégénérescence cancéreuse ; il faut, au contraire, écarter ce diagnostic si l'excrétion de l'urée se maintient au-dessus de ce chiffre. — A vrai dire, la proportion de l'urée est intimement liée à l'état de nutrition des malades ; les cancéreux qui peuvent s'alimenter d'une façon satisfaisante ne présentent pas de diminution

bien marquée de cet élément — inversement les ulcéreux qui ont des vomissements fréquents peuvent présenter cette diminution au plus haut degré.

Il n'y a donc là rien de spécial au cancer.

Nous croyons utile de rapporter l'opinion de certains auteurs sur ce sujet.

Deschamps, dans sa thèse (Paris 1884) conclut ainsi : 1^o le cancer n'a pas pour caractéristique la diminution de l'urée, attendu qu'elle ne se trouve pas dans tous les cas et qu'on la rencontre dans l'ulcère ; 2^o le taux de l'urée est en rapport avec la nutrition.

M. Albert Robin, médecin des hôpitaux, dans une communication à la Société médicale (août 1884), s'exprime comme il suit : « Il semble démontré que l'urée peut rester normale et même augmenter chez les cancéreux qui continuent à s'alimenter, tandis qu'elle peut diminuer considérablement dans les affections chroniques des mêmes organes, si les malades vomissent leurs aliments ou cessent de se nourrir ». Il cite, à l'appui de son assertion, un certain nombre d'observations d'individus atteints d'un carcinome gastrique, qui se nourrissent relativement assez bien et chez lesquels la moyenne du taux de l'urée a été de 14, 17, 24, 25 et même 33 grammes.

M. le Dr Kirmisson, au congrès de chirurgie de 1885, a repris la question au point de vue du diagnostic des cancers en général ; il a constaté qu'en effet, les cancéreux présentent habituellement des chiffres inférieurs à 10 grammes ; mais ils peuvent aller au-delà, et, d'autre part, il n'est pas que

les cancéreux qui présentent un taux d'urée aussi faible.

Enfin on pourra consulter la thèse de M. le Dr Rauzier (Montpellier 1889).

2. *Hypophosphaturie*. — En 1884 (*in loc. cit*), M. Rommelaere a proposé le diagnostic du cancer par l'hypophosphaturie. D'après lui :

a. Les cas de cancer entraînent constamment à leur suite de l'hypophosphaturie.

b. Cette hypophosphaturie n'est pas sous la dépendance du régime alimentaire des malades ; elle n'est pas le résultat d'une réduction alimentaire.

c. Elle trahit une viciation de la nutrition intime, au même titre que l'hypoazoturie.

A propos de ce signe, M. Bouveret écrit dans son livre : « Il n'a pas plus de valeur que celui tiré de la diminution de l'urée. »

3. *Hypochlorurie*. — Le chiffre des chlorures urinaires peut tomber très bas dans le carcinome stomacal, par exemple au dessous de 1 gramme en 24 heures.

M. Jaccoud (Semaine médicale, 4 mai 1887) incline à accorder plus de valeur diagnostique à cette diminution des chlorures qu'à celle de l'urée.

Or, cette hypochlorurie n'a rien de particulier au cancer de l'estomac. De tous les éléments de l'urine, ce sont les chlorures qui subissent au plus haut degré l'influence des vomissements et de l'alimentation insuffisante, quelle que soit d'ailleurs la nature de l'affection gastrique.

Sans doute, dans les cas de néoplasmes du pylore, avec vomissements copieux et fréquents, les chlo-

rures tombent au minimum ; mais si la tumeur respecte les orifices de l'organe et que le patient mange encore et ne vomisse pas, la quantité quotidienne des chlorures peut être égale ou même supérieure au chiffre physiologique. C'est dans ces conditions que se trouvaient 2 malades de M. Bouveret : atteints d'un néoplasme de la paroi antérieure de l'estomac, ils ont souvent éliminé plus de 11 grammes de chlorures par jour ; ils ont même atteint accidentellement les chiffres élevés de 16 et 18 grammes en 24 heures.

Aussi, nous lisons dans le livre du savant professeur de Lyon : « Dans les cas de cancer gastrique sans inanition prononcée et sans vomissements, j'ai constaté que l'élimination des chlorures subit une moindre diminution que celle de l'urée : le rapport de l'urée aux chlorures est plus faible qu'à l'état normal. »



CHAPITRE III

De la superposition ou de la substitution du carcinome gastrique à l'ulcère simple

Si le praticien est assez souvent embarrassé pour poser un diagnostic entre le cancer et l'ulcère de l'estomac quand il n'a affaire qu'à l'une de ces affections, il va de soi qu'il le soit encore davantage lorsqu'elles coexisteront. En effet, ces deux maladies ne s'excluent point, comme on l'avait cru jadis à tort ; en réalité, le cancer peut succéder à l'ulcère ou même évoluer en même temps que lui.

Hauser a fait voir la relation étiologique entre les 2 affections en question ; il a montré qu'il n'y avait pas là simple coïncidence de deux maladies différentes, mais que le cancer succédait *in situ* à l'ulcère.

Dittrich de Prague, Lebert, Brinton, Ewald, Wetzold, Kulche, Krukenberg, Carl Mayer (*Dissertation inaugurale*, Berlin 1874), Zenker (*Société médicale de Nuremberg*, 1882), Heitler (*Wien. med. Woch.*, 1883 et 1887), Hugo Flatow (*Thèse de Munich*, 1887), Rosenheim (*Zochr. f. klin. Med.*, 1889), et Aloïs Biach (*Wiener medicinische Presse*, 30 mars 1890), ont vu maintes fois le carcinome de l'estomac prendre son origine au niveau d'un ulcère.

Joseph Pignal donne à sa thèse, qu'il passe en avril 1891 devant la Faculté de Lyon, le titre suivant : *De la transformation de l'ulcère simple de l'estomac en cancer* ; il y rapporte plusieurs observations de carcinomes gastriques consécutifs à la maladie de

Cruveilhier, qui lui ont été communiquées par MM. Lépine et Bouveret.

Enfin, voici une observation inédite due à l'obligeance de notre maître, M. le Dr Mathieu.

Cancer de l'estomac succédant à un ulcère rond.

— Le nommé C..., boulanger, est âgé de 50 ans. En 1859, fièvre typhoïde. — En 1887, maladie sur laquelle C... ne peut donner que des renseignements insuffisants. Il aurait, dit-il, perdu connaissance pendant 5 mois (?) et agonisé pendant 15 jours. — En 1889, diarrhée pendant 6 mois. Dans les selles, matière noire, analogue à du marc de café. — Sensation de brûlure à la région précordiale, avec douleurs irradiant vers la région dorso-lombaire. Ces douleurs étaient vives, surtout immédiatement après l'ingestion des aliments ; elles disparaissaient dans l'intervalle des repas. Application d'un cautère à la région épigastrique.

Au bout de 3 mois, vomissements alimentaires de temps en temps, et souvent vomissements glaireux le matin. — Depuis cette époque le malade ressent comme une boule, qui remonte en haut, lorsqu'il est debout ; lorsqu'il est couché, cette boule se déplace horizontalement du pylore vers le cardia.

En 1890, crise de diarrhée durant 3 mois et présentant les mêmes caractères qu'en 1889. Les douleurs gastriques sont plus accusées ; il y a des vomissements bilieux, glaireux et quelquefois des vomissements de substances noires, semblables à du marc de café. — Vertiges assez violents pour provoquer parfois la chute du malade.

En juillet 1891. œdème des membres inférieurs,

du tronc, des bras et de la face ; gonflement des paupières. Palpitations, oppression. Les douleurs de l'estomac persistent avec les caractères qui ont été déjà relevés.

En 15 jours, l'œdème avait disparu. — Le malade maigrit ; ses téguments prennent une teinte jaune.

18 Septembre. — Persistance des mêmes phénomènes. Douleur vive à la pression à la région ombilicale. On croit percevoir une masse résistante un peu au-dessus de l'ombilic. La sensation de brûlure éprouvée par le malade se perçoit surtout à la région épigastrique, au niveau et au-dessous de l'appendice xiphoïde.

La douleur qui irradie vers l'hypochondre droit et le dos empêche le malade de se coucher soit sur le ventre, soit sur le côté droit. La douleur augmente pendant la marche.

Dégoût pour la viande. Degré assez marqué d'artério-sclérose.

6 Octobre. — Amaigrissement ; teinte jaunepaille ; dépression générale. Un peu d'œdème des pieds et des mains, léger degré de bouffissure de la face ; pas d'albuminurie. — Vomissement très abondant (2 cuvettes). Diarrhée noire et fétide depuis 4 ou 5 jours. Distension gazeuse considérable de l'estomac. Sensibilité douloureuse à la palpation le long de la grande courbure et du grand droit à gauche.

Alimentation mixte. Chlorhydrate de cocaïne, 0 gr. 03 cent. à 0 gr. 05 cent. par jour. Naphtol et salicylate de bismuth.

4 Novembre. — Persistance des vomissements.

Abattement de plus en plus marqué. Douleur vive dans l'hypochondre droit.

Mort le 7 novembre.

Autopsie. — Estomac très distendu. — Un peu d'ascite ; les organes abdominaux sont pâles. L'intestin grêle paraît rétracté. Le mésentère est parsemé de petits noyaux carcinomateux aplatis. Au niveau du pylore, il existe une masse indurée qui se continue et fait corps avec une masse ganglionnaire située dans l'épaisseur du mésentère. Les parois stomacales sont amincies, la muqueuse décolorée. — Par la section, on constate que la région pylorique, dans une étendue de 8 à 10 centimètres environ au-dessus de la valvule, se trouve transformée en une sorte d'entonnoir à parois épaissies. L'orifice pylorique laisse passer l'index sans aucune difficulté.

A un centimètre et demi environ en avant de la valvule pylorique, il existe une petite perforation lenticulaire. La valvule pylorique est épaissie et comme infiltrée par la masse carcinomateuse. — En avant de la valvule pylorique, au voisinage de la petite perforation signalée, l'épaississement de l'estomac est plus marqué. Au centre du disque, à bords incertains, formé par cet épaississement, on trouve une surface d'un jaune rougeâtre de la dimension d'une pièce de 2 francs, qui correspond peut-être à un ulcère rond, antérieur à la dégénérescence carcinomateuse.

Cette partie paraît nettement différente de celle qui l'entoure ; elle en est séparée par un bord net, un peu plus saillant que la partie avoisinante. A la région postérieure, il existe une ulcération superfi-

cielle. — La perforation lenticulaire, dont il a été question, siège au niveau du bord antérieur de cette surface rougeâtre. Il n'est pas du tout certain que cette perforation fût complète avant les tractions exercées au moment de l'autopsie : il n'y avait, en effet, aucune trace de péritonite ni au niveau de la perforation, ni à distance.

Le pancréas est pâle comme tous les organes abdominaux et assez gros.

Le foie est petit, parsemé de noyaux carcinomateux ; le plus volumineux, du volume d'un œuf de poule, se trouve situé au niveau du ligament suspenseur ; les autres sont irrégulièrement disséminés.

Les reins sont gros, blancs, peut-être amyloïdes.

Examen histologique. — Des coupes histologiques ont été faites au niveau de l'épaississement pylorique, de façon à intéresser à la fois la surface jaune rougeâtre que l'on suppose correspondre à un ulcère rond antérieur, et le bord épaissi, certainement carcinomateux de la muqueuse correspondante. — Vues à un très faible grossissement, ces coupes montrent que l'aspect rougeâtre signalé est dû à ce que la tunique musculaire se trouve mise à nu dans toute l'étendue correspondante. Elle n'est plus recouverte que par une très mince couche celluleuse qui correspond à ce qui reste de la celluleuse sous-muqueuse, qu'on trouve épaissie à la périphérie, plus nettement épaissie encore dans la partie non ulcérée, au-dessous de la muqueuse infiltrée par les éléments carcinomateux.

Dans cette celluleuse épaissie, on trouve des vaisseaux dilatés, gorgés de globules, et çà et là de petits nids de cellules épithéliomateuses.

La tunique musculaire est épaissie : elle se trouve divisée en gros faisceaux, les uns plus colorés, les autres plus pâles. Sur un point, elle est traversée de part en part par une épaisse travée scléreuse, qui va de la celluleuse sous-muqueuse à la celluleuse sous-séreuse.

La celluleuse sous-séreuse présente un épaississement très marqué dans toute la région qui correspond à l'ulcération, à la partie mise à nu de la tunique musculaire ; en ce point, elle représente à elle seule la moitié de l'épaisseur de la paroi gastrique. Elle est fortement vascularisée, et on y trouve des veinules dilatées et des artérioles atteintes d'endartérite. La vascularisation se poursuit dans le pont fibreux jeté, à travers la tunique musculaire, de la sous-séreuse à la sous-muqueuse au niveau de la limite de l'ulcération.

Dans la muqueuse, sur le bord même de l'ulcération, on constate l'aspect d'une tumeur épithéliomateuse ou plutôt carcinomateuse à petites cellules atypiques. Il n'y a plus trace de glandes ni de culs-de-sac glandulaires. Les glandes, on les retrouve plus en dehors, avec leurs éléments cellulaires en voie de prolifération. La prolifération porte aussi sur les espaces interglandulaires. Sur certains points, la dilation des glandes devient énorme, et il se forme en réalité de grands îlots cellulaires bordés par une rangée de cellules cylindriques.

Sur un point, les îlots ainsi constitués se trouvent aussi dans la profondeur au-delà de la musculaire sous-muqueuse partiellement détruite.

Il ne s'agit donc pas là d'une simple inflammation de voisinage, mais d'une véritable production

épithéliomateuse, dont l'aspect indique bien que la tumeur tout entière a pour point de départ la prolifération maligne, envahissante des glandes.

On voit, par le nombre des observations, que la superposition ou la substitution d'un cancer à un ulcère simple n'est pas une très grande rareté pathologique : aussi le bon clinicien ne devra jamais négliger d'envisager cette complication. Sans doute, nous avons malheureusement constaté que l'échec se trouvait parfois au bout de nos patientes recherches, à cause de l'étonnante relativité de tous les symptômes attribués à chacune des affections qui nous intéressent ; mais quelques succès, sinon thérapeutiques, tout au moins cliniques (or, le pronostic en dépend), nous dédommageront largement de nos erreurs inévitables.



CONCLUSIONS

De l'ensemble de notre travail, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Aucun des symptômes cliniques que nous avons étudiés ne suffit pour établir *sûrement* le diagnostic différentiel entre l'ulcère rond et le cancer de l'estomac : en effet, ou on les observe (tumeur, anorexie, cachexie, adénopathie à distance) dans les deux affections, ou on ne les rencontre ni dans l'une ni dans l'autre (*phlegmatia alba dolens*, etc.)

2° La présence de l'acide lactique et la disparition de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, la diminution de l'urée, des phosphates et des chlorures dans les urines, ne sont nullement des signes pathognomoniques du carcinome stomacal, car on les trouve également dans l'ulcère simple.

3° La superposition ou la substitution d'une tumeur maligne de l'estomac à la maladie de Cruveilhier — faits actuellement hors de doute, vu le nombre d'observations où on les a constatés — augmenteront encore les difficultés du diagnostic différentiel entre les deux maladies qui nous occupent ; car on pensera à un néoplasme gastrique dans un cas de récurrence d'ulcère rond, ou réciproquement un vieil ulcère plus ou moins bien cicatrisé sera pris pour un cancer.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bulletins de la Société anatomique de Paris.

Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Gaston Lyon. — Revue générale : Diagnostic du cancer de l'estomac. — *Gazette des Hôpitaux*, 15 février 1890.

Gaston Lyon. — Thèse de Paris (1890).

Joseph Pignal. — Thèse de Lyon (1891).

Bouveret. — Traité des maladies de l'estomac (1893).

Debove et Rémond. — Lavage de l'estomac (1892).

Debove et Renault. — Ulcères de l'estomac, du duodénum et de l'œsophage (1892).



LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

--	--	--

Photomount
Pamphlet
Binder
Gaylord Bros.
Makers
Stockton, Calif.
PAT. JAN. 21, 1908

H111 Paris.Université.
P232 Faculté de médecine.
~~1895~~ Thèse. 64804
no.205 NAME DATE DUE

